

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

## **Atenção Básica em Saúde Bucal na Região Sul do Brasil: Infraestrutura e Acesso**

**Petrus Zanon Irineu**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Petrus Zanon Irineu

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL NA REGIÃO SUL DO  
BRASIL: INFRAESTRUTURA E ACESSO**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.  
Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Daniela Alba Nickel

Florianópolis

2018

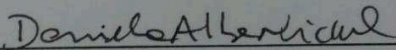
Petrus Zanon Irineu

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL NA REGIÃO SUL DO  
BRASIL: INFRAESTRUTURA E ACESSO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado,  
adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e  
aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia  
da Universidade Federal de Santa Catarina.

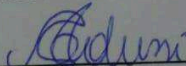
Florianópolis, 22 de maio de 2018.

**Banca Examinadora:**



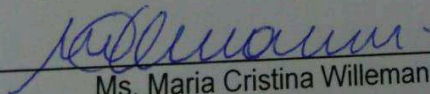
Prof. Dr<sup>a</sup> Daniela Alba Nickel  
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Flemming Colussi  
Membro

Universidade Federal de Santa Catarina



Ms. Maria Cristina Willemann  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha  
família, professores e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Jânio e Paula, por sempre depositarem confiança em mim: Vocês são meus alicerces e eternos amores.

À minha querida irmã, Laura, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

À professora Dr<sup>a</sup> Daniela Nickel, a qual me acolheu de braços abertos: sou extremamente grato pela paciência, compreensão e orientação.

Aos meus amigos Kaio e Amanda, obrigado pelo carinho e pela colaboração durante a elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos Lucas, Eduarda, Carla, Luana e Maisa, os quais tornaram esses 5 anos de graduação muito mais leves e tranquilos.

A todos professores e funcionários da UFSC que tiveram papel essencial na contribuição da minha formação, meus sinceros agradecimentos.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

(Marcel Proust)

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever a infraestrutura e o acesso, sob o aspecto da acessibilidade sócio organizacional em saúde bucal na atenção básica dos estados do sul do Brasil, no ano de 2013. Os dados secundários utilizados são provenientes do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). O estudo abrangeu 2302 UBS com equipes de saúde bucal e 2574 ESB. Na ótica da infraestrutura verificou-se aspectos relacionados a reformas, características estruturais e de ambiência do consultório odontológico, equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos. Na ótica do acesso investigou-se aspectos relacionados aos horários de atendimento e organização da agenda das equipes de saúde bucal. Constatou-se que a estrutura física das Unidades de Saúde apresenta a maioria dos itens analisados em boas condições, mas com indisponibilidade de equipamentos como seladoras, ultrassom odontológico, aparelhos de raio-x e negatoscópios; instrumentais e insumos de Prótese, Endodontia e Periodontia apresentaram menor quantidade de itens em condição suficiente para uso. Detectou-se barreiras na acessibilidade sócio organizacional: 6,0% das UBS do sul do Brasil oferecem atendimento noturno, 1,0 % funcionam aos sábados e 20,0% têm seu funcionamento mantido no horário de almoço; identificou-se aspectos favoráveis quanto ao acesso: a unidade de saúde disponibiliza marcação de consultas odontológicas a qualquer dia e a maior parte dos pacientes atendidos são por agendamento.

**Palavras-chaves:** Serviços de saúde bucal. Estrutura dos serviços. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The objective of this work is to describe the infrastructure and access in oral health care in the southern states of Brazil, in the year 2013. The secondary data used come from PMAQ (National Program to Access and Quality Improvement of Primary Care). The study covered 2302 primary health care units and 2574 oral health care teams. From the perspective of the infrastructure, there were aspects related to reforms, structural and ambience characteristics of the dental office, equipment, instruments and dental supplies. From the perspective of access, we investigated aspects related to the schedules of care and organization of the oral health care teams' agenda. It was found that the physical structure of the primary health care units presents the majority of items analyzed in good condition, but with unavailability of equipment such as sealers, dental ultrasound, x-ray devices and negatoscopes; instruments and supplies of Prosthesis, Endodontics and Periodontics presented less quantity of items in sufficient condition for use. Barriers were detected in the socio-organizational accessibility: 6.0% of the primary health care units offer night agenda, 1.0% work on Saturdays, and 20.0% have their operation maintained during lunch hours; we identified favorable aspects regarding access: appointments for dental care are available at any time and most of the patients attended are by appointment.

**Key words:** Oral health services. Health service Structure. access to health services. Primary health care.



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Número absoluto de Unidades de saúde com equipes de saúde bucal que não receberam a avaliação externa referente ao Módulo V, segundo unidade federativa e motivo, região sul, Brasil, 2013 ..... 28

Gráfico 2 - Número absoluto de equipes de saúde bucal nas unidades federativas da região sul e número de equipes analisadas para o Módulo VI no estudo, Brasil, 2013..... 29

Gráfico 3 - Número absoluto de equipes de saúde bucal que não receberam a avaliação externa referente ao Módulo VI, segundo unidade federativa e motivo, região sul, Brasil, 2013 ..... 30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modalidades das equipes de saúde bucal por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013..... 30

Tabela 2 - Percentual de unidades de saúde com equipes de saúde bucal segundo as características estruturais e ambiência do consultório odontológico, por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013 ..... 31  
-33

Tabela 3 - Percentual de unidades de saúde com equipes de saúde bucal segundo a presença de equipamentos no consultório odontológico, por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013 ..... 33  
-34

Tabela 4 - Instrumentais e insumos odontológicos por especialidade disponibilizados em quantidade suficiente, região sul, Brasil, 2013.... 35

Tabela 5 - Tipo de atendimento na semana pelas equipes de saúde bucal, região sul e unidades federativas, 2013..... 36

Tabela 6 - Forma de agendamento das consultas odontológicas nas equipes, região sul e unidades federativas, 2013..... 37

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APS - Atenção Primária em Saúde  
ASB - Auxiliar em Saúde Bucal  
CD - Cirurgião-Dentista  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
ES- Espírito Santo  
ESB - Equipes de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
MS - Mato Grosso do Sul  
MS – Ministério da Saúde  
NR6 - Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego  
PE - Pernambuco  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PR - Paraná  
PSF - Programa Saúde da Família  
RN - Rio Grande do Norte  
RS - Rio Grande do Sul  
SC - Santa Catarina  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TSB - Técnico em Saúde Bucal  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
USC - Unidade de Saúde Convencional  
USF - Unidade de Saúde da Família  
RJ - Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Infraestrutura na Atenção Básica.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Acesso na Atenção Básica.....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....</b>	<b>26</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE A. Quadro das variáveis utilizadas.....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS), no Brasil denominada atenção básica, é compreendida como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e como eixo orientador dos demais pontos de atenção - secundário e terciário. A atenção primária provê cuidado abrangendo ações de prevenção, cura, e reabilitação, com resolução para a maioria das condições da população com as quais se depara (STARFIELD, 2004).

Ela possui quatro atributos: a atenção ao primeiro contato, que inclui o acesso e a utilização dos serviços de saúde a cada nova necessidade de saúde do usuário; a longitudinalidade, que envolve o acompanhamento ou o vínculo dos indivíduos ao longo do tempo pela mesma equipe de saúde; a integralidade, que pressupõe que o usuário receba todos os tipos de cuidados e encaminhamentos para os demais pontos de atenção; a coordenação, que implica na garantia e continuidade dos cuidados através da comunicação entre a equipe de saúde e os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2004).

A atenção básica no Brasil se expressa principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Surgida em 1994, é considerada o modelo orientador das ações dos serviços de saúde neste nível de atenção em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a ESF opera no território através do cuidado dos indivíduos e famílias, elabora atividades centradas na família e comunidade, realiza parcerias com instituições e organizações da sociedade civil, além de ser um local de construção de cidadania (BRASIL, 2008). A atenção primária em saúde deve adotar a família como protagonista e foco do cuidado com a criação de uma relação entre a equipe de saúde e a família, reconhecendo outros determinantes de saúde - meio físico, social e cultural no qual as pessoas vivem - e oferecendo atenção sobre as pessoas e não sobre a enfermidade individual (STARFIELD, 2004).

A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família se deu em 2000 através da Portaria MS nº 1.444/ 2000, a qual instituiu recursos financeiros aos Municípios. A normativa estabelecia, inicialmente, que cada equipe de saúde bucal atenderia aproximadamente 6.900 habitantes e admitia a relação de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família (BRASIL,

2000). Além disso, classificava as equipes de saúde bucal em: modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal; e modalidade II, composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico de higiene dental. A Portaria nº 672/2003 alterou a proporção existente entre equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família: os municípios têm a possibilidade implementar quantas equipes de saúde bucal (ESBs) forem necessárias (BRASIL, 2003).

Em 2004 foi publicada as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e até hoje constitui a base para orientação das práticas de saúde bucal, apresentando o cuidado como eixo de reorientação do modelo de saúde, focada na promoção da qualidade de vida e nos agentes que a colocam em risco. Segundo o documento, as ações de promoção e proteção de saúde, recuperação e reabilitação tem como princípios norteadores a gestão participativa, a ética, o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade profissional. Além disso, introduziu a atuação por linhas de cuidado e condição de vida e a expansão do acesso à atenção secundária e terciária, bem como a ampliação das ações na atenção básica para maior resolubilidade das ações (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 2.488/ 2011 designa as atribuições do cirurgião dentista (CD) na Estratégia da Saúde da Família na atenção básica. Dentre essas atribuições, destacam-se: executar o diagnóstico do território e obter o perfil epidemiológico da população; realizar atenção em saúde individual e coletiva a todas as famílias, indivíduos e grupos com resolubilidade; realizar procedimentos clínicos da atenção primária; executar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; organizar e participar de atividades coletivas para a promoção e prevenção; integrar ações de saúde com outros profissionais da equipe de forma multidisciplinar; fazer a supervisão dos técnicos em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e participar do gerenciamento de insumos para o funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde exercem papel essencial na garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade. Fornecer uma infraestrutura apropriada desses serviços no Brasil é um grande desafio, uma vez que “é o único país do mundo com população superior a 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público integral e universal” (BRASIL, 2012).

Apesar dos grandes avanços observados na atenção odontológica nos últimos anos, ainda persistem obstáculos referentes ao acesso e infraestrutura dos serviços de saúde bucal na atenção básica, principalmente as dificuldades dos usuários na entrada (acesso) e permanência nos serviços - que podem estar relacionados com a infraestrutura disponível nos serviços de saúde.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é descrever a infraestrutura e o acesso das equipes de saúde bucal da região sul do Brasil, no ano de 2013.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever a infraestrutura e o acesso na dimensão acessibilidade sócio organizacional das equipes de saúde bucal dos estados do sul do Brasil, no ano de 2013.

### **2.2 Objetivo Específico**

- Descrever os equipamentos odontológicos existentes para o trabalho das equipes de saúde bucal.
- Descrever os recursos materiais e insumos disponíveis para o trabalho das equipes de saúde bucal.
- Verificar a organização da demanda, segundo horários de funcionamento e agendamento de usuários nas equipes de saúde bucal.



### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Caracteriza-se como um estudo de natureza descritiva e exploratória com a utilização de dados secundários referentes ao Módulo V e VI do banco de dados da Avaliação Externa do PMAQ. O local do estudo é a região sul do Brasil, compreendendo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

A coleta de dados do PMAQ ocorreu no ano de 2013, por meio de realização de entrevistas à Equipe de Saúde Bucal aderidas ao programa. O Módulo V "Observação na Unidade Básica de Saúde" versa sobre condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos na saúde bucal da atenção básica; o Módulo VI "Entrevista com o profissional da saúde bucal e verificação de documentos" versa sobre o processo de trabalho das equipes e a organização dos serviços de saúde bucal e do cuidado para o usuário.

O presente estudo constitui-se de dois eixos temáticos: o primeiro é a infraestrutura e o segundo é o acesso aos serviços de saúde bucal. Para a temática da infraestrutura, foram considerados os seguintes aspectos: reformas, características estruturais e ambiência, equipamentos, instrumentais odontológicos e insumos. Itens contidos nas seções 5, 7, 8 e 9 do questionário. E para a temática do acesso, foram considerados os seguintes aspectos: horário de atendimento da equipe de saúde bucal e organização da agenda, presentes nas seções 6 e 13 do questionário de pesquisa.

Os dados deste trabalho foram obtidos na página do Ministério da Saúde. Foram contabilizados 2302 UBS no módulo V e 2574 ESB no módulo VI. As variáveis não pertinentes às duas temáticas da pesquisa - infraestrutura e acesso - foram excluídas da pesquisa.

Na temática da infraestrutura, os instrumentais e insumos odontológicos foram agrupados de acordo com a especialidade: Dentística, Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Prótese, Geral e Biossegurança. O total de instrumentais e insumos analisados foi de 60 itens, sendo: 19 de Dentística, 5 de Endodontia, 3 de Periodontia, 14 de Cirurgia, 3 de Prótese, 14 de materiais de uso Geral e 2 de Biossegurança.

Os dados estão organizados segundo as unidades básicas de saúde e equipes de saúde bucal existentes nos estados, para a análise utilizou-se planilha eletrônica no Microsoft Excel (versão 2010), e a sua

apresentação em formato de tabelas e gráficos. Os resultados são explanados tanto pelo total de municípios da região sul quanto por unidade federativa da região.

O estudo está dispensado de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. INFRAESTRUTURA NA ATENÇÃO BÁSICA

O desempenho dos serviços de saúde provém de uma estrutura física, recursos materiais e tecnológicos apropriados que, aliados a profissionais capacitados, são capazes de converter insumos em resultados (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

A conformação dos serviços de saúde deve apresentar tais condições tanto para quem executa quanto para quem recebe a assistência - a ausência desses aspectos desmotiva os profissionais de saúde e desvaloriza os serviços na percepção dos usuários (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Uma limitada quantidade de materiais, insumos e equipamentos odontológicos afeta a credibilidade da atenção básica, uma vez que estes fatores prejudicam a consolidação das ações e da atenção integral em saúde bucal. Dessa forma, a avaliação da infraestrutura na atenção básica se apresenta como ferramenta na detecção de deficiências nos serviços de saúde bucal (LIMÃO *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) designa as competências das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, entre elas destaca-se a garantia de aspectos relacionados à infraestrutura - recursos materiais, equipamentos e insumos - necessários para a atuação das Unidades Básicas de Saúde e para o cumprimento das ações propostas. Dentre as diversas atribuições do cirurgião dentista (CD) e do técnico em saúde bucal (TSB) uma delas é a colaboração desses profissionais no gerenciamento de insumos a fim de possibilitar um desempenho apropriado das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Com a finalidade de assegurar condições de trabalho satisfatórias nas equipes de saúde bucal, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preconizam a elaboração de políticas relacionadas ao fornecimento de materiais, instrumentais e equipamentos na atenção odontológica em consonância com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2004).

Sobrinho *et*

*al.* (2015), realizaram um estudo em 1.522 UBS do estado de Pernambuco com o intuito de avaliar as ações e serviços na atenção odontológica a partir dos dados do PMAQ. Os autores constataram que

itens como autoclave exclusiva para odontologia estava presente em 35% das UBS. Alguns equipamentos necessários para realização de procedimentos de dentística, como amalgamadores e fotopolimerizadores, estavam ausentes em cerca de 15% das UBS. Em relação aos insumos, mais de 80% das UBS forneciam amálgama em cápsula e cimentos odontológicos; aproximadamente 90% das UBS disponibilizavam fios de sutura, anestésicos e resinas compostas; e 56% unidades apresentavam selantes odontológicos.

Moura *et al.* (2010), compararam a estrutura de unidades de saúde da família (USF) e unidades de saúde convencionais (USC) na atenção básica em dois municípios da Bahia com mais de 100.000 habitantes, denominado município “A” e “B”. O município “A” apresentava 24 USF e 9 USC e o município “B” apresentava 22 USF e 1 USC. Do total das unidades avaliadas, o município “A” apresentava 9 ESB instaladas em USF e 9 ESB instaladas em USC e o município “B” apresentava 15 ESB em USF e 1 ESB instalada em USC. As pesquisadoras avaliaram questões de ambiente físico, recurso material e pessoal através de entrevista semiestruturada e observações da rotina de trabalho. Dentre os resultados encontrados pelas pesquisadoras, 65% das unidades do município “A” apresentavam suficiência de material odontológico, ao passo que 80% das USF do município “B” possuíam suficiência de material. Cerca de 90% das USC e 40% das USF do município “A” e mais de 80% das unidades do município “B” apresentavam quantidades satisfatórias de material de limpeza. Menos da metade das USF do município “A” apresentavam equipamentos odontológicos e negatoscópio, ao passo que menos da metade das USF do município “B” possuíam aparelho de profilaxia dentária. No município “B” observou-se que muitas USF apresentavam estrutura física com características domiciliares, sem nenhum tipo de adaptação.

Rocha e Araújo (2009) elaboraram uma pesquisa abrangendo 58 cirurgiões-dentistas inseridos na ESF de um Distrito Sanitário em Natal-RN com a finalidade de descrever as condições de trabalho desses profissionais. As pesquisadoras verificaram que em relação ao ambiente físico, 33% dos CDs o julgaram como bom ou muito bom, 38% conceitua como razoável e 29% considera ruim ou muito ruim. Aspectos como refrigeração do ambiente (40%), disponibilidade de equipamentos novos e de boa qualidade (22%), tamanho do consultório (21%) e instalações novas (16%) foram citados como as características que interferem positivamente nas condições de trabalho em relação ao ambiente físico. A estrutura física inadequada (98%), a falta de espaço para ações

educativas (29%), salas sem divisórias (22%) e manutenção ineficiente dos equipamentos (16%) foram relatados pelos profissionais como fatores negativos. Em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos, 53% dos CDs consideram muito boa ou boa, 43% classificam como razoável e 3% como ruim. Aspectos como equipamentos novos e com boa manutenção (38%), regularidade e controle na reposição de material (36%), material de boa qualidade (19%) e instrumentais novos (12%) foram os principais elementos que interferem positivamente nas condições de trabalho no que tange à disponibilidade de equipamentos e insumos; enquanto a manutenção demorada e ineficiente dos equipamentos (34%), falta de material (22%), estrutura física inadequada (14%) e esterilização fora da UBS (9%) foram apontadas como fatores negativos. Rocha e Araújo (2009) concluíram que as atividades realizadas pelos cirurgiões dentistas na prática da atenção básica do ESF não estão em conformidade com as orientações do MS.

Oliveira Junior *et al.* (2013), desenvolveram um estudo por meio de entrevista em 5 unidades de saúde e 22 profissionais de diferentes áreas da saúde do município de Petrolina- PE em 2011 com o objetivo de avaliar as condições físico-estruturais e a qualidade dos serviços prestados na atenção básica. Os profissionais relataram como serviços mais eficientes a vacinação, a enfermagem e o pré-natal, ao passo que os serviços de odontologia e farmácia foram apontados como os mais precários. Os obstáculos para a efetivação dos serviços de saúde foram a estrutura (43%) - espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos - e a escassez de profissionais (28%). Esse cenário, segundo os autores, afeta as práticas de saúde e pode sobrecarregar os pontos de atenção de média complexidade, devido à baixa resolubilidade da atenção básica.

Limão *et al.* (2016), realizaram um estudo abrangendo 243 postos de saúde e 1101 unidades básicas de saúde no estado da Paraíba no intuito de verificar a relação entre equipamentos e insumos odontológicos com as unidades de atenção primária através de dados provenientes do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ. O estudo constatou que uma diminuta parcela das unidades apresentavam equipamentos e materiais em quantidades satisfatórias e em condições de uso: 27% dos postos de saúde e 29% das unidades básica de saúde apresentavam autoclaves em condições de uso; 32% dos postos de saúde e 31% das unidades básicas de saúde apresentavam selantes em quantidades suficientes, 42% dos postos de saúde e 50% das unidades básicas de saúde dispunham de cimentos diversos, e 49% dos postos de

saúde e 59% das unidades de saúde disponibilizavam amálgama. De acordo com os pesquisadores, esse cenário afeta diretamente a efetivação dos cuidados em saúde bucal e torna-se um obstáculo para a consolidação da integralidade na atenção odontológica, fazendo-se necessário uma reorganização da estrutura das unidades de saúde (LIMÃO *et al.*, 2016).

Hirooka *et al.* (2017), analisaram a organização da saúde bucal de 109 unidades de saúde em 40 municípios do estado de São Paulo. A pesquisa se deu através da utilização de dados secundários provenientes do PMAQ aplicado em 2012. A infraestrutura foi um dos focos do estudo e, de acordo com os pesquisadores, 78% das unidades disponibilizavam amálgama, 79% possuíam cimentos diversos e 54% das unidades não apresentavam autoclave exclusiva para odontologia. De forma geral, constatou-se que a grande maioria das unidades de saúde usufruía de equipamentos, materiais e insumos em quantidades satisfatórias para a prática da atenção odontológica.

#### 4.2. ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA

A definição de acesso no contexto dos serviços de saúde é complexa. Suas acepções divergem entre os autores, sendo que alguns utilizam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos, enquanto que para outros há diferentes interpretações (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Andersen (1995) compreende o acesso como o ingresso do usuário no serviço de saúde e prosseguimento do tratamento, ou seja, a obtenção de cuidados posteriores. Para Doorslaer *et al.* (1993) o acesso refere-se aos aspectos da oferta que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços de saúde pelos usuários frente às suas necessidades.

Starfield (2004) interpreta acesso e acessibilidade de maneiras distintas. Para a autora, a acessibilidade versa sobre as características da oferta dos serviços, enquanto o acesso reporta-se à percepção da acessibilidade pelos usuários - percepção esta que influencia na procura ou não dos serviços de saúde. Donabedian (2003) admite o termo acessibilidade como a capacidade do paciente adquirir, quando necessário, cuidados de saúde de modo fácil e conveniente. O autor distingue a acessibilidade em duas dimensões: a acessibilidade geográfica, que se refere ao tempo, distância e custo de deslocamento do

usuário ao serviço de saúde; e a acessibilidade sócio organizacional, que inclui os aspectos da oferta de serviços que colaboram ou prejudicam a utilização dos mesmos pelos usuários.

A questão da organização da demanda ainda é uma preocupação nos serviços de saúde bucal. Esse fato deve ser discutido tanto pelos profissionais quanto pelos usuários e deve ocorrer nas UBS e nos diversos espaços sociais. A organização da assistência em saúde bucal deve contemplar ações que atendam às demandas de maneira organizada, capaz de conciliar a demanda programada e espontânea (BRASIL, 2008).

Demanda espontânea ou livre demanda são termos que envolvem todo e qualquer atendimento não programado nas UBS e configura uma necessidade momentânea do usuário. A demanda espontânea inclui desde uma informação, um agendamento de consulta e até mesmo uma urgência ou emergência (SILVA; FRANCOLLI; ZOBOLI, 2005).

Demanda programada ou demanda agendada correspondem aos atendimentos agendados através de um ato prévio à consulta. Representa uma importante ferramenta na ótica dos serviços da atenção básica atrelada em ações preventivas (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006). A atenção programada é composta por usuários que formam um grupo priorizado que necessitam de atendimento continuado, abrangendo ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e intervenção cirúrgico-restauradoras (BRASIL, 2008).

Tavares *et al.* (2013) não exclui a relevância do atendimento à demanda espontânea, porém evidencia que a organização dos serviços de saúde não deve ser alicerçada na mesma, pois o atendimento à demanda espontânea está relacionado a ações centradas na doença e consequentemente não possibilita alteração no modelo de atenção.

No entanto, em diversas cidades observa-se o predomínio de atendimento de demanda espontânea, como verificado em estudo realizado por Pimentel *et al.* (2012). Os autores realizaram um estudo com 121 ESB em 29 municípios do estado de Pernambuco para analisar o processo de trabalho das equipes. Detectou-se que a maioria dos municípios de pequeno porte apresentavam marcação por demanda espontânea, fato que demonstra a procura do serviço pelo usuário no momento em que a doença já se encontra instalada e que configura, dessa forma, o modelo ultrapassado de atendimento. Esses achados contrariam os resultados observados por Baldani *et al.* (2005) em 136 municípios do estado do Paraná que aderiram ao ESF, onde 85,8% das consultas são agendadas. Deste percentual de agendamentos, 10%

ocorrem nas residências pelos agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, 32% ocorre nas unidades de saúde da família pelos ASB, TSB ou auxiliar de enfermagem e 43% ocorre nas residências e nas unidades de saúde da família.

Ribeiro *et al.* (2015) realizaram um estudo abrangendo 1.216 UBS do estado de Goiás a partir de dados do PMAQ. As autoras estudaram a ambiência e as condições do ambiente que favorecem a acessibilidade. Um desses ambientes é o consultório odontológico, e cerca de 75% das UBS apresentava de um a três consultórios odontológicos, menos de 1% apresentava mais que 4 e aproximadamente 23% das UBS não apresentava consultórios; uma das condições do ambiente analisadas são os dias e horários de funcionamento: cerca de 85% das UBS funcionava 5 dias da semana e aproximadamente 15% das UBS funcionava mais de que 5 dias na semana, sendo que 8% das UBS funcionavam em apenas um turno, 88% em dois turnos e 4% em três turnos. A respeito do horário de funcionamento, o atendimento de algumas unidades encerrava às 13h, enquanto outras funcionavam entre 14h às 18h, e uma pequena parcela até às 19h. Durante o horário de almoço, 40% das unidades mantinham os seus atendimentos (RIBEIRO, *et al.*, 2015).

Castro, Oliveira e Araújo (2011) desenvolveram um estudo no município de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte, entrevistaram 194 moradores em 167 domicílios em zona urbana e 27 em zona rural. Os pesquisadores constataram que mais de 60% dos usuários enfrentam dificuldades para o atendimento odontológico. Os empecilhos enfrentados ao buscar esse atendimento foram: falta de medicamentos (50%), equipamentos danificados ou falta de materiais (34%), longa espera (64%), filas (82%) e dificuldades para o agendamento (90%). Em relação ao atendimento da urgência, 71% dos usuários enfrentam dificuldades para atendimento, tais quais: longa espera para consulta (44%), ausência de dentistas (28%) e não-atendimento sem consulta marcada (28%). Nesse contexto, os autores sugerem uma reorganização no processo de trabalho frente à acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz.

Tavares *et al.* (2013), realizaram um estudo em um município da Bahia com mais de 160.000 habitantes através de entrevista de 3 CDs, 3 ACS e 6 usuários oriundos de 3 UBS. Os autores analisaram questões como: marcação da primeira consulta ao dentista, participação dos usuários na organização dos serviços e acessibilidade à saúde bucal. Os autores verificaram que em relação à primeira consulta odontológica, há



predominância do atendimento à demanda espontânea; em relação à acessibilidade, identificaram a existência de barreiras que afetam diretamente a prestação de serviços - principalmente problemas de estrutura, como equipamentos quebrados e escassez de material (TAVARES, et.al.; 2013).

Szpilman e Oliveira (2011) realizaram um estudo no município de Vila Velha - ES através de entrevistas semiestruturadas referentes à percepção dos usuários em relação aos serviços de saúde bucal. Dentre os resultados observados pelos pesquisadores, destacam-se: longo período de espera por consulta e presença de filas nas unidades de saúde; horário de funcionamento das unidades incompatível com o horário de trabalho dos usuários; obstáculos para o atendimento domiciliar, onde faz-se necessário a visita de outras categorias profissionais além do ACS; e entraves ao acesso aos serviços especializados, onde os serviços de endodontia, periodontia e cirurgia apresentam altas demandas e poucas vagas ao passo que procedimentos de prótese, ortodontia e implantodontia sequer são ofertados.

Cassoti e Gabriel (2016) desenvolveram um estudo a partir de dados secundários provenientes do PMAQ com uma amostra de 186 CDs da cidade do Rio de Janeiro (RJ). A organização da demanda foi uma das dimensões estudadas pelas autoras, as quais verificaram que aproximadamente metade das ESB agendam consultas em qualquer dia e horário da semana; menos de 10% a qualquer dia, em horários específicos; cerca de 15% em dias fixos, até 3 por semana e em dias fixos, mais de 3 por semana. Mais de 80% das ESB asseguraram que o paciente tem agenda para continuidade do tratamento

Martha *et al.* (2011) elaboraram uma pesquisa abrangendo 609 usuários em 10 UBS do PSF em Tangará da Serra (MS). Foram aplicados questionários para avaliar a Estratégia da Saúde da Família de acordo com a percepção dos usuários. Dentre as contestações levantadas, destacam-se: a falta de vagas para consultas odontológicas (15%); insuficiência das unidades frente à demanda (54%) e a dificuldade no acesso às consultas odontológicas - a forma de agendamento para consulta com o dentista foi citada pelos usuários (5%), a qual ocorre uma vez por mês e gera a formação de filas durante a madrugada.

#### 4.3. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, produto de pactuação das três esferas de gestão do SUS, sendo eles: o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente (BRASIL, 2012b).

O objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, a partir de um padrão de qualidade que seja comparável entre municípios, estados e regiões, e assim permitir maior transparência e efetividade das ações na atenção básica em saúde. Os objetivos específicos do PMAQ são:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;

VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a

responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (BRASIL, 2012b).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases complementares e que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Fase 1 – Adesão e contratualização; Fase 2 – Desenvolvimento; Fase 3 – Avaliação externa; e Fase 4 – Recontratualização (BRASIL, 2012b).

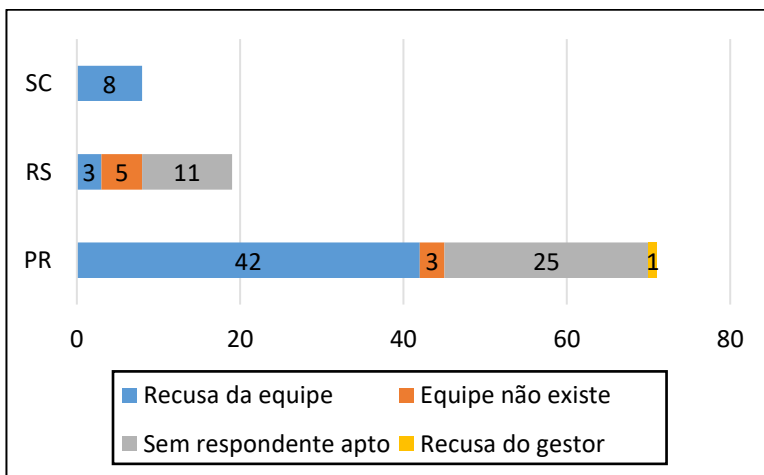
A primeira fase do PMAQ consiste na etapa de formalização da adesão ao programa, os gestores e equipes de saúde fazem a contratualização de compromissos e indicadores. A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica e gestores, para a mudança da gestão das práticas e do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é a avaliação externa, quando são verificadas *in loco* as condições de acesso e de qualidade nos municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. A quarta fase do PMAQ, recontratualização, ocorre após terminada a fase anterior e após a certificação das equipes. Com base na sua avaliação de desempenho, uma nova contratualização de compromissos é realizada e o ciclo de qualidade contínua é completado (BRASIL, 2012b).

## 5. RESULTADOS

O número de unidades básicas de saúde com equipes de saúde bucal (UBS) participantes deste estudo na região Sul do Brasil foi de 2302. Em relação à distribuição das UBS com equipes de saúde bucal, Paraná foi o estado que apresentou um maior número absoluto ( $n = 877$ ), seguido de Santa Catarina ( $n = 794$ ) e Rio Grande do Sul ( $n = 631$ ).

O Gráfico 1 apresenta o número de UBS segundo o motivo da recusa da avaliação externa nos três estados, 98 equipes recusaram a avaliação externa referente ao Módulo V e 5 unidades não apresentavam dados.

Gráfico 1. Número absoluto de Unidades de saúde com equipes de saúde bucal que não receberam a avaliação externa referente ao Módulo V, segundo unidade federativa e motivo, região sul, Brasil, 2013.



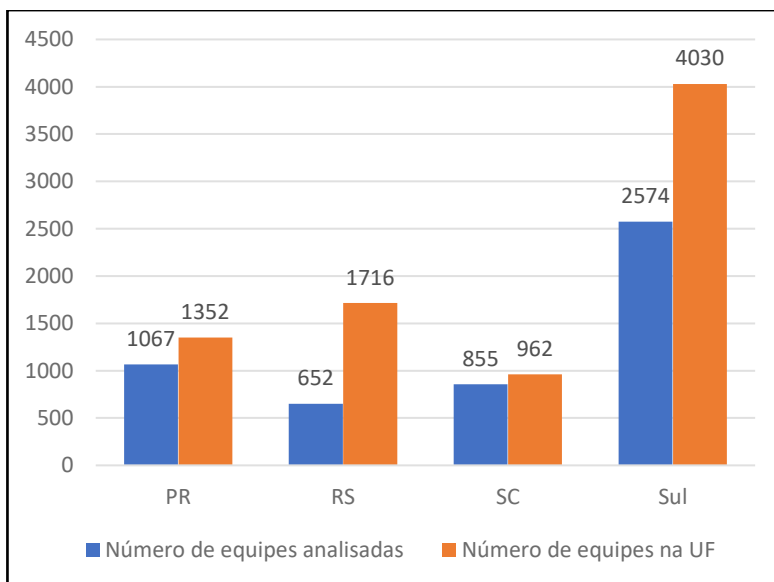
Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

O número total de equipes de saúde bucal (ESB) participantes deste estudo na região Sul do Brasil foi de 2574, equivalente a 63,9% do total de ESB existentes na região sul do Brasil. Em relação à distribuição das equipes de saúde bucal participantes, Santa Catarina

apresentou maior número percentual de equipes analisadas (88,9%), seguido de Paraná (78,9%) e Rio Grande do Sul (38,0%). Os números absolutos estão apresentados no Gráfico 2.

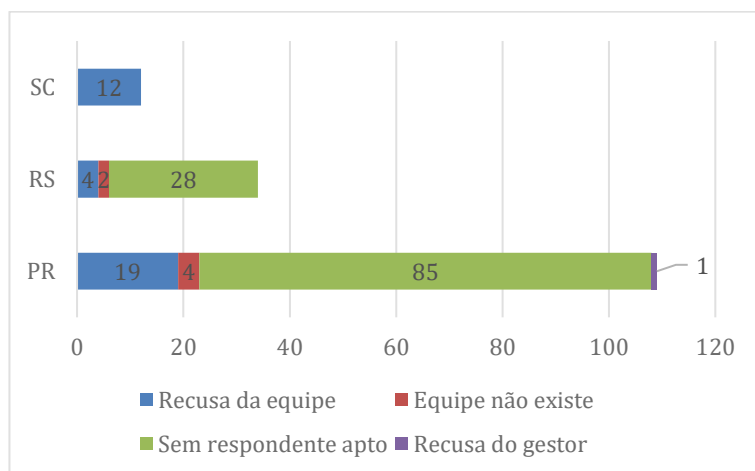
O número de equipes excluídas da análise do módulo VI por não apresentarem dados foi 17. O número de equipes que não receberam a avaliação externa na região sul foi de 155, a distribuição por unidade federativa e motivo são apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 2. Número absoluto de equipes de saúde bucal nas unidades federativas da região sul e número de equipes analisadas para o Módulo VI no estudo, Brasil, 2013.



Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

Gráfico 3. Número absoluto de equipes de saúde bucal que não receberam a avaliação externa referente ao Módulo VI, segundo unidade federativa e motivo, região sul, Brasil, 2013.



Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

A respeito das modalidades das equipes de saúde bucal, nota-se que há predominância da modalidade do tipo I na região sul do país: cerca de 80% das equipes do são da modalidade I e 18% da modalidade II (Tabela 1).

Tabela 1: Modalidades das equipes de saúde bucal por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013.

Modalidade de equipe	PR		RS		SC		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Modalidade I	586	69,3	536	86,9	706	89,5	1828	81,2
Modalidade II	259	30,7	81	13,1	83	10,5	423	18,8
Total	845	100,0	617	100,0	789	100,0	2251*	100,0

\* Excluídas as unidades de saúde com equipes parametrizadas (n=51).

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

Na temática da infraestrutura, foram consideradas as seções 5,

7, 8 e 9 do módulo V do PMAQ de acordo com as unidades básicas de saúde que apresentam equipes de saúde bucal.

A seção 5 versa sobre características estruturais e de ambiência do consultório odontológico. Todas as questões desta sessão foram consideradas e estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Percentual de unidades de saúde com equipes de saúde bucal segundo as características estruturais e ambiência do consultório odontológico, por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013.

<b>Itens</b>	<b>PR</b>	<b>RS</b>	<b>SC</b>	<b>Sul</b>
<b>Características estruturais e ambiência do consultório odontológico</b>				
Boa ventilação ou climatização				
Sim	76,5	88,0	92,2	85,1
Não	23,5	12,0	7,8	14,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Boa iluminação (natural ou artificial)				
Sim	91,1	92,1	97,6	93,6
Não	8,9	7,9	2,4	6,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Piso e paredes tem superfícies lisas e laváveis				
Sim	82,1	78,9	82,4	81,3
Não	17,9	21,1	17,6	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Acústica adequada (sem ruídos do compressor)				
Sim	69,8	72,6	82,6	75,0
Não	30,2	27,4	17,4	25,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ambiente permite privacidade ao usuário				
Sim	76,5	92,4	95,1	87,3
Não	23,5	7,6	4,9	12,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Rede hidráulica e sanitária				
Mofo próximo à pia				

<b>Itens</b>	<b>PR</b>	<b>RS</b>	<b>SC</b>	<b>Sul</b>
Sim	11,2	11,9	9,8	10,9
Não	88,8	88,1	90,2	89,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Torneira sem sair água				
Sim	5,1	3,3	1,9	3,5
Não	94,9	96,7	98,1	96,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Torneira pingando				
Sim	4,9	4,0	2,1	3,7
Não	95,1	96,0	97,9	96,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Torneira com acionamento automático				
Sim	3,9	12,7	12,8	9,4
Não	96,1	87,3	87,2	90,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pia entupida				
Sim	1,0	0,8	0,5	0,8
Não	99,0	99,2	99,5	99,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pia interditada				
Sim	1,6	0,8	0,3	0,9
Não	98,4	99,2	99,7	99,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Cheiro de esgoto				
Sim	3,6	5,2	2,3	3,6
Não	96,4	94,8	97,7	96,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Rede elétrica				
Fios expostos, soltos ou desencapados				
Sim	10,6	15,4	8,6	11,2
Não	89,4	84,6	91,4	88,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Tubulação de plástico por fora da parede				
Sim	18,0	32,2	17,6	21,8



<b>Itens</b>	<b>PR</b>	<b>RS</b>	<b>SC</b>	<b>Sul</b>
Não	82,0	67,8	82,4	78,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

A seção 7 contempla os equipamentos disponíveis na atenção básica em saúde bucal. Os itens: cadeira odontológica, cuspeira, sugador, refletor, mocho, cart odontológico, caneta de alta e baixa rotação, compressor de ar com válvula de segurança e fotopolimerizadores estavam presentes em mais de 95% das UBS da região sul do Brasil.

Aparelhos de ar-condicionado encontravam-se disponíveis em cerca de 65% das UBS. Aproximadamente 30% das UBS apresentavam aparelho de raio-x odontológico, avental de chumbo e negatoscópio. Estufas para esterilização estavam presentes em 15% das UBS (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual de unidades de saúde com equipes de saúde bucal segundo a presença de equipamentos no consultório odontológico, por unidade federativa, região sul, Brasil, 2013.

<b>Equipamentos</b>	<b>PR</b>	<b>RS</b>	<b>SC</b>	<b>Sul</b>
Ar- condicionado				
Sim	35,6	83,4	81,4	64,5
Não	64,4	16,6	18,6	35,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Amalgamador				
Sim	93,8	83,8	89,0	89,4
Não	6,2	16,2	11,0	10,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Jato de bicarbonato				
Sim	28,6	49,1	48,0	40,9
Não	71,4	50,9	52,0	59,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ultrassom				
Sim	40,1	48,8	54,0	47,3
Não	59,9	51,2	46,0	52,7

<b>Equipamentos</b>	<b>PR</b>	<b>RS</b>	<b>SC</b>	<b>Sul</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Aparelho de Raio-X				
Sim	35,7	26,0	37,4	33,6
Não	64,3	74,0	62,6	66,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Avental de chumbo				
Sim	32,3	24,7	34,5	31,0
Não	67,7	75,3	65,5	69,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Caixa de revelação (câmara escura)				
Sim	33,4	25,4	36,1	32,1
Não	66,6	74,6	63,9	67,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Negatoscópio				
Sim	23,1	38,8	39,2	33,0
Não	76,9	61,2	60,8	67,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Estufa				
Sim	15,8	15,4	12,5	14,6
Não	84,2	84,6	87,5	85,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Autoclave				
Sim	81,6	92,1	91,4	87,9
Não	18,4	7,9	8,6	12,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Seladora				
Sim	59,4	59,0	61,7	60,1
Não	40,6	41,0	38,3	39,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

A seção 8 e 9 são referentes a instrumentais e insumos odontológicos que, neste estudo, foram divididos de acordo com a especialidade: Dentística, Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Prótese,

Geral e Biossegurança. Do total de 19 instrumentais e insumos de Dentística considerados, a região sul disponibilizou em média, cerca 17 deles em quantidades suficientes; do total 5 instrumentais e insumos de endodontia, a região sul ofertava 3,5 deles em quantidades suficientes; dos 3 instrumentais e insumos de periodontia que foram considerados, a região sul apresentava 2,2 em quantidades suficientes; dos 14 de cirurgia, a região sul dispunha em média 12,3 deles em quantidades suficientes; dos 3 itens de prótese avaliados, a região sul apresentava em média 0,6 em quantidades suficientes; dos 14 itens gerais, comuns a todas especialidades, em média 13 eram ofertados em quantidades suficientes; dos 2 itens de biossegurança, cada estado oferecia em média 1,9 deles em quantidades suficientes.

Tabela 4: Instrumentais e insumos odontológicos por especialidade disponibilizados em quantidade suficiente, região sul, Brasil, 2013.

<b>Especialidade</b>	<b>Valor Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Valor Mínimo</b>
Dentística (n=19)	19,0	16,8	18,0	18,0	0,0
Endodontia (n=5)	5,0	3,5	4,0	4,0	0,0
Periodontia (n=3)	3,0	2,2	2,0	3,0	0,0
Cirurgia (n=14)	14,0	12,3	13,0	14,0	0,0
Prótese (n=3)	3,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Geral (n=14)	14,0	13,1	14,0	14,0	0,0
Biossegurança (n=2)	2,0	1,9	2,0	2,0	0,0
<b>Total (n=60)</b>	<b>60,0</b>	<b>50,3</b>	<b>52,0</b>	<b>53,0</b>	<b>0,0</b>

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

O total de instrumentais e insumos avaliados sem considerar a especialidade foi de 60. As UBS do PR, RS e SC apresentavam respectivamente uma média de 50,3; 48,6 e 51,7 instrumentais e insumos em quantidades suficientes. Das 2302 UBS analisadas, 9 delas apresentavam todos os 60 instrumentais e insumos em quantidades suficientes.

Na temática do acesso, foram consideradas a seção 6 do módulo V e a seção 13 do módulo VI do PMAQ. A seção 6 do módulo V refere-se ao horário de atendimento da equipe de saúde bucal. Quanto aos turnos de atendimento das ESB, constatou-se que cerca de 95% das UBS têm seu funcionamento no período matutino e vespertino, 6% das

UBS na região sul oferta funcionamento noturno: 10,5% no PR; 3,3% no RS e 3,1% em SC. Quanto aos dias em que a ESB trabalha na unidade - de segunda-feira a domingo -, verificou-se que quase a totalidade das UBS funcionam nos dias úteis da semana; o funcionamento nos sábados é de 1,8% no PR, 1,3% no RS e 0,3% em SC; o funcionamento das UBS nos domingos é inexistente.

Em relação ao funcionamento dos serviços no horário de almoço - das 12:00h às 14:00h -, verificou-se que 20,0% das UBS na região sul oferecem essa possibilidade: 26,5% no PR, 10,5% no RS e 20% em SC.

Quanto à agenda de atendimento clínico, constatou-se que mais de 95% das ESB em cada um dos três estados garantem o atendimento clínico através de consultas de demanda espontânea e agendada; poucas equipes realizam o atendimento exclusivamente por meio de consultas agendadas ou exclusivamente por demanda espontânea, os estados do Rio Grande do Sul e Paraná tem cerca de 4% de agenda exclusiva para a demanda espontânea.

Do total de pacientes atendidos por semana, a maioria tem acesso por consultas agendadas (74%), entretanto, cerca de 20% das equipes atendem metade dos pacientes através de consultas agendadas e os demais por demanda espontânea, os valores segundo unidade federativa são observados na tabela 5.

Tabela 5: Tipo de atendimento na semana pelas equipes de saúde bucal, região sul e unidades federativas, 2013.

Atendimento agendado na semana	PR		RS		SC		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maior parte são agendados	759	71,1	472	72,4	674	78,8	1905	74,0
Metade são agendados	271	25,4	151	23,2	164	19,2	586	22,8
Nenhum agendado	37	3,5	29	4,4	17	2,0	83	3,2
Total	1067	100,0	652	100,0	855	100,0	2574	100,0

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

A respeito das formas de agendamento das consultas odontológicas, pouco mais de 65% das equipes do RS, SC e PR relataram que esta ocorre em qualquer dia da semana, seja em horários fixos ou em qualquer horário. Em torno de 25% das equipes relataram que o agendamento ocorre em dias específicos da semana, e cerca de 8% relatou que o agendamento ocorre em um dia específico uma vez por mês. Esses dados podem ser observados na tabela 6, em números absolutos e relativos conforme a unidade federativa.

Tabela 6: Forma de agendamento das consultas odontológicas nas equipes, região sul e unidades federativas, 2013.

Forma de agendamento	PR		RS		SC		Sul	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualquer dia da semana	776	72,7	390	59,8	522	61,1	1688	65,6
Dias específicos na semana	218	20,4	193	29,6	257	30,0	668	26,0
Dia específico uma vez ao mês	73	6,8	69	10,6	76	8,9	218	8,5
Total	1067	100	652	100	855	100	2574	100

Fonte: Dados Pmaq, 2º ciclo

Acerca da garantia de agendamento de retorno para a continuidade do tratamento dos usuários que iniciaram o tratamento, a grande maioria das equipes da região sul (91,8%) relata que o agendamento de retorno ocorre, sendo em SC 94,6%, RS 87,4% e PR 92,3%. O RS apresenta a maior porcentagem de não garantia de retorno (12,6%).

## 6. DISCUSSÃO

Em relação ao perfil das equipes de saúde bucal no sul do Brasil, verifica-se predominância da modalidade tipo I (81,2%), composta por cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal, seguido de modalidade tipo II (18,8%), composta por cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. O limitado número de ESB modalidade tipo II expressa a baixa presença de técnicos em saúde bucal na atenção odontológica. Cerca de 10% das ESB de Santa Catarina e Rio Grande do Sul possuem técnico em saúde bucal, enquanto que no Paraná esse valor é de 30%. Tais achados levantam a necessidade de ampliação do número de TSB nas ESB. A Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008, responsável pela regulamentação da profissão, designa as competências do TSB. Dentre as atribuições do técnico em saúde bucal, além de ações preventivas e coletivas, destacam-se a execução de ações assistenciais, tais como: remoção de biofilme, inserção e distribuição de materiais restauradores em preparos cavitários, limpeza e antisepsia frente a atos cirúrgicos, isolamento do campo operatório, remoção de sutura, aplicação tópica de flúor. Portanto, a expansão de equipes com presença de TSB aumenta a produtividade sem prejuízos à qualidade e consequentemente amplia o acesso aos serviços odontológicos, pois possibilita um maior número de atendimentos, seja por demanda programada ou espontânea.

Percebe-se que em torno de 80% das UBS da região sul do Brasil apresentam características estruturais e de ambiência adequadas (ventilação/climatização, iluminação, piso e paredes, acústica, privacidade, rede hidráulica/sanitária e elétrica dos consultórios odontológicos). Rocha e Araújo (2009) realizaram um estudo na atenção básica de Natal - RN, e detectaram que apenas um terço dos CDs declara o seu ambiente físico de trabalho bom ou muito bom, ao passo que dois terços dos CDs consideram razoável, ruim ou muito ruim. Nesta seção, o item que chama a atenção, presente em menos de 10% das UBS da região sul são as torneiras com acionamento automático. Essa característica não segue as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pois as torneiras convencionais possibilitam a recontaminação das mãos:

Os lavatórios ou pias devem possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Deve ainda existir provisão de sabão líquido, além de recursos para secagem das mãos. No lavabo cirúrgico, o acionamento e o fechamento devem ocorrer com cotovelo, pé, joelho ou célula fotoelétrica (BRASIL, 2007).

Acima de 80% das UBS do RS e SC apresentam aparelhos de ar-condicionado, enquanto que no PR por volta de 36% das UBS apresentam tal aparelho. O dado é relevante, pois a refrigeração do consultório odontológico é o fator mais citado por CDs (40%) que melhora as condições de trabalho das equipes em relação ao ambiente físico, de acordo com estudo realizado por Rocha e Araújo (2009).

Referente à esterilização, aproximadamente 90% das UBS da região sul do Brasil apresentam autoclaves. Esses valores discrepantes sugerem adversidades no que se refere ao processo de esterilização, uma vez que os materiais necessitam serem previamente selados para posteriormente serem esterilizados. Este achado diverge de resultados observados por Limão *et al.* (2016), 27% dos 243 postos de saúde e 29% das UBS do estado da Paraíba possuíam autoclaves em condições de uso. Resultados similares foram observados por Sobrinho *et al.* (2015), onde cerca de 35% das 1.522 UBS do estado de Pernambuco apresentavam autoclaves exclusivas para a odontologia. Estudo realizado por Hirooka *et al.* (2017) detectou que 54% das UBS de 40 municípios do estado de São Paulo não possuíam autoclaves exclusivas para a odontologia.

Ao mesmo tempo que 90% das UBS da região sul apresentam autoclaves, cerca de 40% UBS não apresentam seladora. Esses dados evidenciam uma discrepância no que se refere ao processo de esterilização. Outra característica que chama a atenção é a presença de estufas como equipamentos de esterilização, fato observado em aproximadamente 15% das UBS do sul do país. As autoclaves são os equipamentos mais indicados para a esterilização enquanto que as estufas devem ser utilizadas apenas em casos específicos, como alguns tipos de brocas e alicates ortodônticos, em decorrência da necessidade de extensos períodos de tempo e temperaturas elevadas. Para o restante dos materiais, é recomendado o uso de autoclaves (CDC, 1993).

A presença de estufas é mais frequente nos estados do Paraná e do Rio Grande do Sul - disponível em aproximadamente 15% das UBS.

A Portaria nº 500, de 31 de agosto de 2010, deixa claro a proibição do emprego de estufas e demais equipamentos que utilizem a radiação ultravioleta como forma de esterilização de artigos em todo território gaúcho.

Aparelhos de raio-x odontológico são encontrados em aproximadamente 34% das UBS. Essa baixa disponibilidade corrobora os achados de Lira-Júnior *et al.* (2012), que traçaram um panorama da radiologia odontológica no Brasil por meio de dados secundários provenientes do Ministério de Saúde. Os autores verificaram que cerca de 84% dos mais de 34 mil aparelhos de raio-x odontológicos presentes no Brasil são da rede privada. Metade destes aparelhos, tanto da rede pública quanto da rede privada, estão concentrados na região sudeste. Na rede pública, constatou-se que a média de aparelho por pessoa é de cerca de um aparelho a cada 20.500 pessoas (1/20.500), sendo a maior média na região nordeste (1/35.600) e menor na região sudeste (1/11.600). A região sul do Brasil apresenta 6.365 equipamentos de raio-x, sendo 5.693 (89,5%) disponíveis no setor privado e 672 (10,5%) no setor público. A região sul apresenta média de 1 aparelho para 24.300 pessoas na rede pública.

Aventais de chumbo estão disponíveis em 31% das UBS. Esse valor não é equivalente à quantidade de aparelhos de raio-x (34%). Esse cenário sugere duas faces de um mesmo problema: a dificuldade de obtenção deste exame complementar e a execução de tomadas radiográficas sem equipamentos de proteção individual. Esse dado denuncia a inadequação de UBS frente a normativas de proteção radiológica. A Portaria SVS/MS nº 453, de 1 de junho de 1998, versa sobre normas referentes à proteção radiológica. De acordo com a Portaria, cada aparelho de raio-x odontológico deve dispor de uma vestimenta plumbífera para proteção do paciente. Ainda no tocante à radiologia, detectou-se baixa presença de negatoscópio - presente em 33% das UBS da região Sul.

Detectou-se que os instrumentais e insumos de todas as especialidades avaliadas neste estudo encontravam-se com a média próxima do valor máximo desses itens, exceto os materiais da especialidade de Prótese. Esse quadro prejudica o processo de ampliação e qualificação das ações clínicas na atenção básica, principalmente no que se refere à inclusão da reabilitação protética na atenção básica, a qual é estimulada no texto da Política Nacional de Saúde Bucal.

Enquanto os itens de Prótese foram os que apresentaram menor disponibilidade em quantidades satisfatórias, os itens de Biossegurança



foram os que apresentaram maiores médias, dos 2 itens no quesito Biossegurança (equipamentos de proteção individual – luvas, óculos, máscaras, aventais – e caixa de descarte para material perfuro-cortantes), as UBS do sul do Brasil apresentaram, em média, 1,9. A média alta apresentada neste item não reduz a preocupação quanto ao risco de biossegurança para os profissionais que não tem suficiência de EPI em seus locais de trabalho, mesmo que em pequeno número. A NR6 - Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego - salienta a disponibilização compulsória e gratuita de equipamentos de proteção individual aos trabalhadores expostos a riscos, os quais devem estar em perfeito estado de conservação e funcionamento (BRASIL, 1978).

Somando-se os instrumentais e insumos de todas as especialidades, foram avaliados 60 materiais. Destes, cerca de 50 são disponibilizados em quantidades suficientes em cada estado na região sul. Cada um dos três estados oferta mais de 80% do total os itens avaliados, demonstrando uniformidade na disponibilidade de instrumentais e insumos na atenção básica na região Sul do Brasil.

No entanto, somente 9 das 2302 UBS disponibilizam todos itens em quantidades suficientes. A falta de materiais dificulta o cumprimento do princípio da integralidade, pois afeta a prestação e continuidade das ações e serviços em saúde bucal. A garantia de materiais, equipamentos e insumos são essenciais para o adequado funcionamento das unidades de saúde e a manutenção regular da infraestrutura, equipamentos e insumos é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

Na temática do acesso na região sul do Brasil, 6% das UBS possuem atendimento noturno, cerca de 1% das unidades funcionam aos sábados e 20% das unidades funcionam no horário do almoço. Nesse contexto, os serviços de saúde acabam atuando como filtros que excluem indivíduos - principalmente os trabalhadores, os quais têm menor disponibilidade de horário - obstruindo o acesso dos mesmos aos serviços de saúde. Esse quadro infringe o princípio da universalidade e afirma a existência de barreiras na acessibilidade sócio organizacional.

Quanto ao horário de funcionamento, poucas UBS possuem atendimento noturno. Santa Catarina foi o estado com maior barreira na acessibilidade sócio organizacional nesse quesito, 3,1% com atendimento noturno, enquanto Rio Grande do Sul e Paraná apresentaram 3,3% e 10,5% das UBS com atendimento noturno. Este achado corrobora os resultados observados por Szpilman e Oliveira

(2011), os quais verificaram a presença de fatores dificultadores do acesso à assistência odontológica, cujo horário de funcionamento das unidades de saúde mostrou-se incompatível com o horário de trabalho dos usuários. Resultados similares foram observados por Bordin *et al.* (2017), onde os CDs do município de Ponta Grossa - PR desejam a atuação de ESB no período noturno frente a demanda na atenção odontológica, principalmente em relação aos usuários que trabalham em período integral no horário comercial. Essa realidade também é verificada em estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2015), os quais verificaram que apenas 4% das UBS de Goiás realizam atendimento nos três turnos.

Quanto aos dias em que a ESB atua na UBS, Santa Catarina foi o estado com maiores barreiras na acessibilidade sócio organizacional, 0,3% das equipes atendem aos sábados, enquanto Paraná e Rio Grande do Sul apresentaram, respectivamente, 1,8% e 1,3%. Esses achados divergem dos dados observados por Ribeiro *et al.* (2015), os quais encontraram 15% das unidades no estado de Goiás têm seu funcionamento em 5 dias ou mais da semana.

Quanto às UBS que funcionam durante o horário de almoço, Rio Grande do Sul foi o estado com maiores barreiras na acessibilidade sócio organizacional nesse quesito (10,5%), enquanto Santa Catarina e Paraná apresentaram 20% e 26,5%. Estes achados divergem com os achados de Ribeiro *et al.* (2015), mais de 40% das UBS do estado de Goiás mantêm seu funcionamento no horário do almoço.

Do total de pacientes da região sul atendidos por semana, 74% das equipes atendem mais da metade por agendamento. Cerca de 23% das equipes têm metade dos pacientes atendidos pela demanda programada, enquanto que aproximadamente 3% das ESB possui todos os pacientes atendidos por demanda espontânea. Esse cenário é favorável, uma vez que o atendimento atrelado somente à demanda espontânea não possibilita alterações profundas de indicadores populacionais no que tange à saúde bucal, pois seu caráter resolutivo é pontual - somente atende casos urgentes - e não produz mudanças significativas na prevalência e incidência dos agravos. Em contrapartida, a demanda espontânea combinada à demanda programada promove o aumento do acesso, pois a demanda programada possibilita o atendimento de grupos populacionais de risco que possivelmente estariam excluídos no atendimento da demanda espontânea. Através da demanda programada é possível identificar no território grupos com piores indicadores sociais e de saúde, fazendo a busca ativa dos usuários

e realizando o seu agendamento. Dessa forma, é possível realizar uma programação do atendimento de acordo com as necessidades daquela população, visando a equidade.

Em relação às formas de agendamento das consultas, cerca de dois terços dos usuários têm a possibilidade de realizar o agendamento da consulta a qualquer dia da semana, 26% em dias específicos durante a semana e cerca de 8% das ESB realiza o agendamento das consultas em dia específico apenas uma vez por mês. Apesar do percentual baixo e das equipes terem autonomia para definir a melhor forma de atendimento da população, a marcação de consultas somente uma vez por mês não corresponde às necessidades da população e, torna o acesso mais difícil, com formação de filas. Foi observado por Martha *et al.* (2011) em Tangará da Serra – MS que a marcação de consultas odontológicas uma vez por mês é uma das questões negativas mencionadas pelos usuários somados com a formação de filas durante a madrugada. Castro *et al.* (2011), detectou que a dificuldade de marcação de consultas é um problema relatado por 90% dos usuários do município de Santa Cruz - RN. Em contrapartida, Cassoti e Gabriel (2016) ao estudarem a organização da demanda na cidade do Rio de Janeiro - RJ constataram que cerca de 60% dos usuários conseguem realizar agendamento todos os dias. Quanto à garantia de agendamento de retorno para a continuidade do tratamento dos usuários que iniciaram o tratamento, quase a totalidade das equipes (cerca de 90%) o fazem. Ao iniciar e concluir o tratamento através do agendamento de retorno, o tratamento é completado e o paciente recebe alta, liberando a agenda do profissional para novas vagas.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu traçar um panorama do acesso e infraestrutura dos serviços de saúde bucal na atenção básica no sul do Brasil, como um todo e em cada estado. A importância de se estudar a infraestrutura dos serviços de saúde e a forma de organização da demanda está na identificação de vulnerabilidades do sistema de saúde que podem trazer dificuldades aos usuários na entrada - acesso - e na permanência - diretamente relacionada com a infraestrutura - nos serviços de saúde.

Na temática da infraestrutura, foram investigadas questões referentes a reformas, características estruturais e de ambiência do consultório odontológico, equipamentos disponíveis na atenção básica em saúde bucal, instrumentais e insumos odontológicos. Constatou-se que de forma geral as UBS apresentam condições estruturais e de ambiência suficientes, porém apresentavam carência em outros aspectos, como disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos. Equipamentos como negatoscópio, aparelhos de raio-x, aventais de chumbo, seladoras e ultrassom odontológico foram alguns dos itens com menor disponibilidade nos serviços de saúde bucal na atenção básica. Materiais e insumos de prótese dentária, seguidos de materiais e insumos de endodontia e periodontia apresentaram menor disponibilidade em número suficiente, ao passo que os materiais de biossegurança apresentaram maior disponibilidade. A partir desses resultados, foi possível presumir vulnerabilidades, tais quais: profissionais expostos a riscos de biossegurança, tomadas radiográficas executadas sem proteção, dificuldade na obtenção de exames de imagem, e presença de estufas como método de esterilização. Por conseguinte, a insuficiência de estrutura física, equipamentos, materiais e insumos afeta a coordenação do cuidado, aspecto intimamente ligado ao princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Na temática do acesso, foram investigados questões referentes aos horários de atendimento das equipes de saúde bucal e organização da agenda. Detectou-se que quase todas UBS do sul funcionam nos dois turnos e apenas cerca de 6,0% das UBS da região sul do Brasil funcionam em três turnos; o funcionamento de segunda a sexta-feira é frequente, ao passo que o funcionamento aos sábados é presente em 1,0% das UBS e aos domingos é inexistente; a maioria das UBS têm seu

funcionamento interrompido no horário de almoço, e cerca de 20% delas mantêm seu funcionamento neste horário. Por volta de 75% das equipes tem a maioria dos pacientes atendidos através de demanda programada; e em mais da metade das UBS é possível realizar o agendamento da consulta odontológica em qualquer dia e horário. Esse cenário, com exceção do agendamento diário, revela a existência de barreiras na acessibilidade sócio organizacional.

A baixa adesão de equipes do estado do Rio Grande do Sul ao PMAQ é uma limitação para o presente estudo na descrição do quadro da infraestrutura e acesso daquele estado. Também, o PMAQ é um programa de adesão para repasse financeiro condicionado ao bom desempenho na avaliação, isso pode gerar resultados superestimados.

Frente a relevância do tema, outros estudos devem ser desenvolvidos, inclusive aqueles de caráter qualitativo, para uma compreensão mais aprofundada, explicativa e detalhada.

A partir dos resultados observados neste estudo, faz-se necessário uma discussão entre usuários, profissionais e gestores para a correta destinação e uso dos recursos. Sabe-se que os gestores municipais têm por responsabilidade fornecer infraestrutura adequada, enquanto que as equipes possuem a função de organizar o serviço - a agenda - de modo a contribuir com acessibilidade sócio organizacional.

## REFERÊNCIAS

ANDERSEN, Ronald M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care**: does it matter? J Health Soc Behav 1995.

BALDANI, Márcia Helena; *et al.* **A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1026-1035, 2005.

BORDIN, Danielle, *et al.* **Fragilidades do serviço público odontológico na ótica de cirurgiões-dentistas do município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil**. Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 22, n. 1, p. 48-54, 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria 3.214, de 8 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NRs - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de junho de 1978.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008**: Regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal – TSB e de auxiliar em saúde bucal-ASB. 2008b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm)>. Acesso em 14 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1444/GM em 28 de dezembro de 2000**. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria 672, de 03 de junho de 2003**. 2003. Disponível em: <

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0672\\_03\\_06\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0672_03_06_2003.html)>. Acesso em 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.**

Brasília, 2004. Disponível em: <

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde bucal.** Caderno de Atenção Básica nº 17.

Brasília – DF. 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011.**

Disponível em: <

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.**

**Brasília**, 2012a. Disponível em: <

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 14 maio 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CASOTTI, Elisete; GABRIEL, Juliana de Oliveira. **Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do Programa de Melhoria do acesso e Qualidade da atenção básica.** Revista de APS, v. 19, n. 2, 2016.

CASTRO, Ricardo Dias; OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa; ARAÚJO, Iara Medeiros. **Estudo da acessibilidade organizacional aos serviços de saúde bucal de um município de pequeno porte do nordeste brasileiro.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 14, n. 4, p. 95-76, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Recommended Infection:** control practices for dentistry. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), v. 42, n. RR-8, p. 1-11, 1993.

DOORSLAER, Eddy Van, *et al.* **Equity in the finance and delivery of health care:** an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University, 2003.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. **O trabalho das equipes da saúde da família:** um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e económica em Juiz de Fora. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2006.

HIROOKA, Lucila Brandão *et al.* **Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012.** *Revistas*, v. 74, n. 2, p. 101, 2017.

LIMÃO, Nayara Pereira; *et.al.* Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** v.29, nº1, 2016. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4035/pdf>>. Acesso em 14 maio de 2018.

LIRA-JÚNIOR, Ronaldo *et al.* **Panorama de la radiología odontológica en Brasil:** disponibilidad de equipos y producción ambulatoria de radiografías. *Revista Cubana de Estomatología*, v. 49, n. 3, p. 223-231, 2012.

MARTHA, Sara Nader, *et. Al.* **Programa saúde da família sob a visão do usuário.** *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/profile/Sara\\_Marta/publication/281292679\\_PROGRAMA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_SOB\\_A\\_VISAO\\_DO\\_USUARIO/links/55e06ada08aecb1a7cc41368/PROGRAMA-SAUDE-DA-FAMILIA-SOB-A-VISAO-DO-USUARIO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sara_Marta/publication/281292679_PROGRAMA_SAUDE_DA_FAMILIA_SOB_A_VISAO_DO_USUARIO/links/55e06ada08aecb1a7cc41368/PROGRAMA-SAUDE-DA-FAMILIA-SOB-A-VISAO-DO-USUARIO.pdf)> Acesso em 14 maio de 2018.



MOURA, Bárbara Laisa Alves *et al.* **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde.** 2010.

OLIVEIRA JUNIOR, Raimundo Gonçalves de *et al.* **Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde.** Mundo saúde (1995), v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

PIMENTEL, Fernando Castim; *et al.* **Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012, (28):146-157.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A **teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, 2004.

RIBEIRO, Juliana Pires; *et al.* **Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a04.pdf>>. Acesso em 14 maio de 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria 500, de 31 de agosto de 2010:** Regulamento técnico para processamento de artigos por método físico em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária no RS. 2010. Disponível em: <[https://c.ymcdn.com/sites/osap.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/PORTARIA\\_500\\_31\\_AGOSTO\\_\\_2010.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/osap.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/PORTARIA_500_31_AGOSTO__2010.pdf)>. Acesso em 14 maio 2018.

ROCHA, Evelin Cristina Araújo da; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte de. **Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN.** Revista de Administração Pública-RAP, v. 43, n. 2, 2009.

SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 3, 2010.

SILVA, Rosemara Melchior Valdevino; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **O acolhimento no PSF: da proposta teórica para a operacionalização na prática**. Saúde e Sociedade, 2005.

SOBRINHO, José Eudes de Lorena; *et al.* **Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco**. Saúde em Debate, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

SZPILMAN, Ana Rosa Murad; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **A Percepção dos usuários sobre os serviços de odontologia em unidades de saúde de Vila Velha (ES), Brasil**. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 12, n. 2, p. 28-37, 2011.

TAVARES, Roseli Pereira, et.al. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 628-635, out/dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a10v37n99.pdf>>. Acesso em 14 maio 2018.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190- 198, 2004.

## APÊNDICE A. Quadro das variáveis utilizadas

CONDIÇÕES DAS UBS	
Código	Pergunta/ variável
V.3.1	Qual é a modalidade da Equipe de Saúde Bucal desta Unidade de Saúde?
V.5.1.1	O consultório odontológico dispõe de boa ventilação ou climatização
V.5.1.2	O consultório odontológico apresenta uma boa iluminação (natural ou artificial)
V.5.1.3	O piso e as paredes do consultório odontológico são de superfícies lisas e laváveis
V.5.1.4	O ambiente está em condições adequadas, do ponto de vista da acústica, estando, por exemplo, protegido dos ruídos do compressor.
V.5.1.5	O consultório odontológico permite privacidade ao usuário
V.5.2.1	Mofo próximo à(s) pia(s)
V.5.2.2	Torneira(s) sem sair água
V.5.2.3	Torneira(s) pingando
V.5.2.4	Torneira(s) com acionamento automático
V.5.2.5	Pia entupida
V.5.2.6	Pia interditada
V.5.2.7	Cheiro de esgoto
V.5.3.1	Fios expostos, soltos ou desencapados
V.5.3.2	Tubulação de plástico por fora da parede
V.7.1 ES	Amalgamador
V.7.1/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.2 ES	Aparelho de rx odontológico
V.7.2/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.3 ES	Ar-condicionado
V.7.3/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.4 ES	Autoclave
V.7.4/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.5 ES	Avental de chumbo
V.7.5/1 ES	Quanto em condições de uso?

V.7.6 OB	Cadeira odontológica
V.7.6.1	Quantas em condições de uso?
V.7.6.1/1	Quantas com estofamento adequado?
V.7.6.1/2	Quantas cadeiras odontológicas realizam o movimento de "subida", "descida" e "reclinar" de forma adequada?
V.7.7	Cuspideira
V.7.7/1	Quantas em condições de uso?
V.7.8	Sugador
V.7.8/1	Quanto em condições de uso?
V.7.9	Refletor
V.7.9/1	Quanto em condições de uso?
V.7.10	Mocho
V.7.10/1	Quanto em condições de uso?
V.7.11	Cart odontológico
V.7.11/1	Quanto em condições de uso?
V.7.12 ES	Caneta alta rotação
V.7.12/1 ES	Quantas em condições de uso?
V.7.13 ES	Caneta de baixa rotação
V.7.13/1 ES	Quantas em condições de uso?
V.7.14 ES	Compressor de ar com válvula de segurança
V.7.14/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.15 ES	Fotopolimerizador
V.7.15/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.16 ES	Jato de bicarbonato
V.7.16/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.18 ES	Ultrassom odontológico
V.7.18/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.20 ES	Estufa

V.7.20/1 ES	Quantas em condições de uso?
V.7.21 ES	Negatoscópio
V.7.21/1 ES	Quanto em condições de uso?
V.7.22 ES	Seladora
V.7.22/1 ES	Quantas em condições de uso?
<b>INSTRUMENTAIS E INSUMOS</b>	
<b>Código</b>	<b>Pergunta/ variável</b>
<b>DENTÍSTICA</b>	
V.8.2 ES	Aplicadores De Hidróxido de Cálcio
V.8.2/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.5 ES	Brunidores para restauração de amálgama
V.8.5/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.9 ES	Condensadores para restaurações de amálgama
V.8.9/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.12 ES	Escavadores de dentina
V.8.12/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.14 ES	Esculpidores
V.8.14/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.15 ES	Espátula de inserção de resina
V.8.15/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.29 ES	Porta amálgama
V.8.29/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.30 ES	Porta-matriz
V.8.30/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.1 ES	Ácido e sistema adesivo

V.9.1/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.3 ES	Amálgama (cápsula)
V.9.3/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.4 ES	Amálgama (preparo manual)
V.9.4/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.10 ES	Cimentos diversos
V.9.10/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.11 ES	Cunhas
V.9.11/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.17 ES	Material restaurador temporário
V.9.17/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.18 ES	Matriz
V.9.18/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.20 ES	Microbrush
V.9.20/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.21 ES	Papel articular (papel carbono)
V.9.21/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.23 ES	Resinas fotopolimerizáveis
V.9.23/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.24 ES	Selantes
V.9.24/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>ENDODONTIA</b>	
V.8.8 ES	Cânula para aspiração endodôntica
V.8.8/1	Em quantidade suficiente?

ES	
V.8.13 ES	Escavadores para pulpotomia
V.8.13/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.18 ES	Extirpa-nervos
V.8.18/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.22 ES	Limas endodônticas
V.8.22/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.19 ES	Medicações intracanal para polpa viva e polpa necrosada
V.9.19/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>PERIODONTIA</b>	
V.8.11 ES	Curetas periodontais
V.8.11/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.25 ES	Pedra de afiar curetas periodontais
V.8.25/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.34 ES	Sonda milimetrada
V.8.34/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>CIRURGIA</b>	
V.8.1 ES	Alveolótomo
V.8.1/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.3 ES	Alavancas
V.8.3/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.6 ES	Cabos para bisturi
V.8.6/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.10 ES	Curetas cirúrgicas
V.8.10/1	Em quantidade suficiente?


ES	
V.8.19 ES	Fórceps (infantil)
V.8.19/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.20 ES	Fórceps (adulto)
V.8.20/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.23 ES	Limas ósseas
V.8.23/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.28 ES	Porta agulha
V.8.28/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.32 ES	Sindesmótomo
V.8.32/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.35 ES	Sugador cirúrgico
V.8.35/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.36 ES	Tesouras cirúrgicas
V.8.36/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.8 ES	Lâmina de bisturi
V.9.8/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.13 ES	Fios de sutura odontológica
V.9.13/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.25 ES	Seringas descartáveis para irrigação
V.9.25/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>PRÓTESE</b>	
V.8.16 ES	Espátula para gesso e alginato



V.8.16/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.21 ES	Gral de borracha
V.8.21/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.24 ES	Moldeiras
V.8.24/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>GERAL</b>	
V.8.4 ES	Bandejas de aço
V.8.4/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.7 ES	Caixa com tampa em aço inox
V.8.7/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.17 ES	Espelho clínico
V.8.17/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.26 ES	Pinça clínica
V.8.26/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.27 ES	Placa de vidro
V.8.27/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.31 ES	Seringa carpule
V.8.31/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.8.33 ES	Sonda exploradora
V.8.33/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.2 ES	Rolo de algodão
V.9.2/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.5 ES	Anestésico tópico
V.9.5/1 ES	Em quantidade suficiente?

V.9.6 ES	Anestésicos com vasoconstritor
V.9.6/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.7 ES	Anestésicos sem vasoconstritor
V.9.7/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.9 ES	Brocas diversas
V.9.9/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.14 ES	Flúor gel
V.9.14/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.16 ES	Gaze
V.9.16/1 ES	Em quantidade suficiente?
<b>BIOSSEGURANÇA</b>	
V.9.12 ES	EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, toucas.
V.9.12/1 ES	Em quantidade suficiente?
V.9.22 ES	Caixa de descarte para material perfurocortantes
V.9.22/1 ES	Em quantidade suficiente?

## ANEXO


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**  
**DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Aos 22 dias do mês de maio de 2018, às 17:30 horas,  
 em sessão pública no (a) SALA S10 desta Universidade, na presença da  
 Banca Examinadora presidida pelo Professor  
DANIELA ALBA NICKEL  
 e pelos examinadores:  
 1- CLAUDIA FLEMING LOLUSSI  
 2- MAMA CRISTINA WILHEMANN  
 o aluno PETROS ZANON ITINEU  
 apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL NA REGIÃO SUL  
DO BRASIL: INFRAESTRUTURA E ACESSO  
 como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e  
 a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após  
 reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do  
 referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao  
 aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a  
 presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca  
 Examinadora e pelo aluno orientando.

Daniela Alba Nickel  
 Presidente da Banca Examinadora

Cláudia Fleming  
 Examinador 1

Mama Cristina Wilhemann  
 Examinador 2

Petros Zanon Itineu  
 Aluno